UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER N° 51

FACULTÉ DE MÉDECINE

LA TYPHLITE AIGUË PERFORANTE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 27 Juin 1914

PAR

Georges FASSINA

Né à Alger, le 3 janvier 1891

Ex-interne des hôpitaux de Nimes (Concours 1913)

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine

Examinateurs de la Thèse

TÉDENAT, Professeur, *Président.*
GRANEL, Professeur.
EUZIÈRE, Agrégé.
ETIENNE, Agrégé.

Assesseurs

MONTPELLIER
IMPRIMERIE COOPÉRATIVE OUVRIÈRE
14, Avenue de Toulouse. — Téléphone : 8-78

1914

LA TYPHLITE AIGUË PERFORANTE

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER N° 51

FACULTÉ DE MÉDECINE

LA

TYPHLITE AIGUË PERFORANTE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 27 Juin 1914

PAR

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

Georges FASSINA

Né à Alger, le 3 janvier 1891

Ex-interne des hôpitaux de Nimes (Concours 1913)

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine

Examinateurs de la Thèse : TÉDENAT, Professeur, *Président.* — GRANEL, Professeur. — EUZIÈRE, Agrégé. — ETIENNE, Agrégé. — *Assesseurs*

MONTPELLIER
IMPRIMERIE COOPÉRATIVE OUVRIÈRE
14, Avenue de Toulouse. — Téléphone : 8-78
1914

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Administration

MM. MAIRET (✲)	DOYEN.
SARDA	ASSESSEUR.
IZARD	SECRÉTAIRE

Professeurs

Clinique chirurgicale	MM. TEDENAT (✲).
Clinique médicale	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerveuses	MAIRET (✲).
Physique médicale	IMBERT.
Botanique et histoire naturelle médicales	GRANEL.
Clinique chirurgicale	FORGUE (✲).
Clinique ophtalmologique	TRUC (O. ✲).
Chimie médicale	VILLE.
Physiologie	HEDON.
Histologie	VIALLETON.
Pathologie interne	DUCAMP.
Anatomie	GILIS (✲).
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	ESTOR.
Microbiologie	RODET.
Médecine légale et toxicologie	SARDA.
Clinique des maladies des enfants	BAUMEL (✲).
Pathologie et thérapeutique générales	BOSC.
Hygiène	BERTIN-SANS (H.)
Clinique médicale	RAUZIER (✲).
Clinique obstétricale	VALLOIS.
Thérapeutique et matière médicale	VIRES.
Anatomie pathologique	N.....

Professeurs adjoints : MM. DE ROUVILLE, PUECH, MOURET.

Doyen honoraire : M. VIALLETON.

Professeurs honoraires: MM. E. BERTIN-SANS (✲), HAMELIN (✲), GRASSET (O. ✲).

Secrétaire honoraire : M. GOT.

Chargés de Cours complémentaires

Clinique gynécologique	MM. DE ROUVILLE, prof.-adj.
Accouchements	PUECH, profes.-adjoint.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURET, profes.-adj.
Pathologie externe	LAPEYRE, agr. lib. ch. de c.
Clinique des maladies des voies urinaires.	JEANBRAU, ag. lib. ch. de c.
Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées...	VEDEL, agr. lib. ch. d. c.
Médecine opératoire	SOUBEYRAN, ag. lib. ch. d. c.
Clinique annexe des maladies des vieillards.	EUZIERE, agrégé.
Accouchements	P. DELMAS, agrégé.

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE.	MM. CABANNES.	MM. RIMBAUD.
GRYNFELTT.	DERRIEN.	ROGER.
LAGRIFFOUL.	P. DELMAS.	ETIENNE.
LEENHARDT.	MASSABUAU.	LISBONNE.
GAUSSEL	EUZIERE.	MARQUÈS (ch. d. f.)
RICHE.	J. DELMAS.	

Examinateurs de la thèse :

MM. TÉDENAT, Président.	MM. EUZIÈRE, Agrégé.
GRANEL, Professeur.	ETIENNE, Agrégé.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE ET A MA SŒUR

Faible témoignage de mon affection
et de ma reconnaissance sans borne.

A MES ONCLES ET A MES TANTES

A MES AMIS

G. FASSINA.

A MES MAITRES

MONSIEUR LE DOCTEUR MOGGI

CHIRURGIEN DES HOPITAUX D'ALGER

MONSIEUR LE DOCTEUR FABRE

CHIRURGIEN DES HOPITAUX DE NIMES

Hommage respectueux et reconnaissant.

G. FASSINA.

A MESSIEURS LES DOCTEURS

NÈGRE ET OLIVIER DE SARDAN

MÉDECINS DES HOPITAUX DE NIMES

G. FASSINA.

A M. LE DOCTEUR LASSALLE

PROFESSEUR D'ANATOMIE ET D'ACCOUCHEMENTS

ACCOUCHEUR EN CHEF DES HOPITAUX DE NIMES

A MONSIEUR LE DOCTEUR MAZEL

MÉDECIN-CHEF DE L'HOPITAL GÉNÉRAL

G. FASSINA.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR TÉDENAT

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

qui nous fit le très grand honneur de présider notre thèse et voulut bien, avec une amabilité que nous n'oublierons jamais, nous faire part d'une observation inédite.

G. FASSINA.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR GRANEL

G. FASSINA.

A M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ EUZIÈRE

G. FASSINA.

A M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ ÉTIENNE

G. FASSINA.

AVANT-PROPOS

Au moment d'aborder ce modeste travail, notre pensée va, émue et reconnaissante, à ceux qui guidèrent nos premiers pas dans la carrière médicale : à nos Maîtres de la Faculté de médecine d'Alger, à nos Maîtres de la Faculté de médecine de Montpellier, aux éminents praticiens qui durant nos deux années d'internat aux hôpitaux de Nimes furent pour nous des Maîtres dévoués et éclairés.

Qu'il nous soit permis d'adresser ici nos remerciements les plus sincères et les plus respectueux à MM. les docteurs Coste, Delord, Gilis, Frilet, Suquet, Revel et de les assurer de notre profonde gratitude.

LA TYPHLITE AIGUË PERFORANTE

INTRODUCTION

Pendant notre internat aux hôpitaux de Nimes nous avons observé un cas de typhlite perforante consécutive à l'arrêt dans le cæcum d'un corps étranger dont la nature n'avait pu d'abord être déterminée et dans lequel on reconnut à un examen ultérieur un noyau de fruit.

Nous fîmes communication de ce cas à la Société médicale de Nimes et l'observation en parut dans l'*Echo médical* des Cévennes (n° juin 1914).

Séduit par la rareté des faits de ce genre nous avons cru intéressant de rechercher dans la littérature médicale des faits analogues.

La thèse de Maurin (Paris 1890), celle plus récente de Kaeppelin (Lyon 1910) nous ont grandement aidé dans ces recherches.

Nous n'avons pu retrouver que trois cas de typhlite perforante par corps étranger.

Frappé d'autre part de ce fait que l'on voit chez nombre de sujets des corps étrangers volumineux et offensants traverser le tube digestif dans toute sa longueur

sans déterminer de troubles, nous avons cru pouvoir expliquer la pathogénie des accidents en faisant intervenir un nouveau facteur : l'atonie cæcale.

Notre travail comprendra quatre chapitres :

Chapitre I. — Historique.

Chapitre II. — Définition. Classification. Symptomatologie. Etiologie.

Chapitre III. — L'atonie cæcale.

Chapitre IV. — Les observations de typhlite perforante dans la littérature médicale.

a) Les observations étrangères.

b) Les observations françaises.

c) Les observations de typhlite perforante par corps étrangers.

Conclusions.

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

L'histoire de la typhlite est passée par trois phases auxquelles on pourrait assigner grossièrement les limites suivantes :

De 1800 à 1850 ; de 1850 à 1900 ; de 1900 à l'heure actuelle.

La description de la typhlite avait été esquissée en 1828 par Dance et Ménière; elle fut complétée en 1839 par un médecin allemand, le professeur Albers, de Bonn. A ce moment on regardait comme une curiosité pathologique l'affection qui devait plus tard accaparer toute l'attention des cliniciens et absorber à son profit la symptomatologie de la typhlite, nous avons nommé l'appendicite.

Et pourtant bien avant 1839 la littérature médicale possédait des observations probantes d'inflammation appendiculaire. Mestivier en avait observé le premier cas en 1759. Louyer Villemay et surtout Melier (1827) avaient établi l'importance et la gravité de la perforation iléo-

cæcale. Mais sous l'influence des idées régnantes ces travaux étaient passés inaperçus ; il fallut les interventions des chirurgiens américains pour donner à l'appendicite la place qui lui revenait dans le cadre nosologique et, en 1884, Réginald Fitz pouvait donner cette formule concluante :

« Chaque fois que le chirurgien intervient pour des symptômes attribués à une typhlite ou à une périty phlite, c'est toujours l'appendice qu'il trouve lésé. »

A ce moment, toutes les statistiques établissent le rôle prépondérant de l'appendicite. Mac Marty affirme que la perforation du cæcum n'existe pas une fois sur 200 cas, qu'on aurait autrefois désignés sous le nom de typhlite. Roux (de Lausanne) (1) trouve 116 fois l'inflammation ou la perforation de l'appendice, une seule fois une perforation cæcale sans lésion appendiculaire. Dans sa thèse, Maurin, en 1890, rassemble 136 observations dans lesquelles l'appendice seul est intéressé dans 94 cas, le cæcum et l'appendice simultanément dans 6 cas.

Restent donc 36 observations dans lesquelles le cæcum pouvait être considéré comme seul en cause. Encore faut-il défalquer de ce dernier chiffre 20 cas qui se sont terminés par la guérison et qui n'ont été attribués à une altération du cæcum que par « conviction traditionnelle », suivant l'expression de Talamon.

Voici donc individualisées dans l'histoire de la typhlite, deux phases : l'une dans laquelle on rapporte tous les accidents au cæcum, l'autre dans laquelle la typhlite est rayée du cadre nosologique. Mais dans ces dernières

---

(1) *Revue médicale de la Suisse Romande*, 1890.

années une légère réaction s'est produite en faveur de la typhlite : ici commence la troisième phase.

A propos des typhlo-colites muco-membraneuses en 1906, Dieulafoy s'élève contre les interventions chirurgicales trop fréquentes, décrit avec un rare bonheur ceux qu'il appelle « les balafrés de Châtel-Guyon » et donne à sa communication à l'Académie de médecine ce titre qui est aussi une conclusion :

« Quantité de gens simplement atteints de typhlo-colite glaireuse, membraneuse, sableuse sont indûment opérés d'appendicite qu'ils n'ont pas. »

Enfin le Congrès de médecine de 1912, étudiant les colites segmentaires, redonne à la typhlite sa place dans le cadre nosologique, non pas cette place de premier plan que lui avait assignée Albers, mais la place qui lui revient de par l'observation des faits.

CHAPITRE II

DÉFINITION. — CLASSIFICATION SYMPTOMATOLOGIE. — ÉTIOLOGIE

Définition. — Il faut entendre par typhlite l'inflammation du cæcum sans lésion appendiculaire, et réserver le nom de typhlo-appendicite aux cas où il y a coexistence de lésions cæcales et de lésions appendiculaires, puisqu'il est impossible alors de localiser dans le temps le point de départ de l'inflammation.

Il faut donc qu'il y ait intégrité de l'appendice pour que l'on puisse admettre la typhlite comme entité morbide. On pourra nous objecter peut-être que, dans la plupart des observations que nous rapportons, jamais cette intégrité de l'appendice ne fut contrôlée histologiquement ; sans doute, mais nous avons pris soin de ne relater que les cas contrôlés par l'autopsie ou l'intervention chirurgicale, et dans lesquels l'inflammation cæcale s'était toujours accompagnée de perforation ; il est manifeste dans

ces cas que le cæcum est en cause, et non l'appendice.

Classification. — On pourrait, d'après la nature de l'agent pathogène, distinguer des typhlites spécifiques et des typhlites non spécifiques.

On ferait entrer dans la première classe, la typhlite tuberculeuse, la typhlite actynomycosique, les typhlites qui peuvent survenir au cours des fièvres éruptives et des infections générales. Mais, de même que nous exigions l'intégrité de l'appendice pour admettre la typhlite comme entité morbide, nous exigerons, pour admettre la typhlite spécifique, la localisation de l'agent pathogène sur le cæcum seul, à l'exclusion des autres portions du tube digestif, et c'est ainsi que nous n'admettrons pas, par exemple, l'individualité d'une typhlite typhique, puisque le même processus ulcératif se retrouve sur toute la longueur de l'intestin.

Les typhlites simples non spécifiques sont celles où l'on doit rapporter la pathogénie des accidents aux microbes pyogènes ordinaires. La typhlite simple peut être aiguë ou chronique, elle peut s'accompagner ou non de perforation cæcale, de là la possibilité d'une classification que nous résumons dans le tableau suivant.

Typhlite simple aiguë :
- perforante ;
- non perforante.

Typhlite simple chronique ; typhlocolite :
- mucomembraneuse ;
- glaireuse ;
- sableuse.

Nous ne nous occuperons que de la typhlite aiguë perforante.

La typhlite aiguë perforante est rare. D'après P. Du-

val (1), la littérature médicale n'en comptait que 12 cas, réunis par Kelly et Harden en 1905.

Actuellement, le nombre est plus élevé.

Nous en avons retrouvé 17 observations dans la thèse de Maurin, 15 dans la thèse de Kaeppelin, 1 dans diverses publications, 1 personnelle, soit au total 37 observations. Sur ces 37 observations, 4 seulement relatent des cas de typhlite aiguë perforante par corps étranger.

Symptomatologie. — Si l'on se rapporte aux observations, on voit que dans la plupart des cas, les phénomènes pathologiques furent attribués à une atteinte appendiculaire : les symptômes généraux, les localisations douloureuses étant les mêmes, et, d'autre part, l'appendicite étant la règle, la typhlite l'exception, on comprend que le diagnostic soit presque impossible à faire au lit du malade.

Pourtant, de la comparaison des diverses observations, il nous a semblé que se dégageait un élément capable d'orienter ce diagnostic : l'intensité des phénomènes inflammatoires.

Dans nombre de cas, en effet, c'est par un véritable phlegmon iliaque que se traduisit la perforation cæcale. Dans d'autres, le pus se fit jour à la face antérieure de la cuisse et nécessita deux longues incisions le long des vaisseaux fémoraux. Dans l'observation inédite, due à l'obligeance de M. le professeur Tédenat, les phénomènes de suppuration furent d'une particulière intensité, puisque le pus se propagea jus-

---

(1) P. Duval. — *In* Pratique médico-chirurgicale.

qu'à la jambe et qu'il fallut faire des incisions multiples dans cette région.

Il est vrai, par contre, que, dans notre observation personnelle, la phlegmasie fut au minimum, mais nous attribuons ce fait à ce que la réfrigération abdominale fut instituée dès les premières heures et qu'elle fut continuée longtemps (57 jours).

Il semble donc que, dans la typhlite aiguë perforante, les phénomènes inflammatoires aient une intensité plus grande que dans l'appendicite ; c'est là d'ailleur un fait normal si l'on veut bien admettre que par la perforation cæcale les matières stercorales trouvent une issue plus facile.

Et c'est en nous basant sur ces faits, que nous croyons pouvoir émettre cette hypothèse que l'intensité des phénomènes inflammatoires doit faire songer à la possibilité d'une lésion cæcale.

Sans doute ce diagnostic n'a que peu d'importance pratique puisqu'il faudra toujours intervenir, mais il peut permettre de réserver un pronostic, puisque, du fait des lésions cæcales, le chirurgien peut être amené à faire une résection iléo-cæcale, ou à établir un anus contre nature.

Traitement. — Le traitement de la typhlite aiguë perforante ne saurait être uniforme, il doit s'inspirer de chaque cas et s'y adapter. C'est ainsi que dans les observations publiées, si dans bien des cas l'enfouissement des points perforés suffit, dans d'autres, l'étendue des lésions, la gravité de l'état du sujet, nécessitèrent la résection iléo-cæcale, ou l'établissement d'un anus contre nature.

Mais toujours, par mesure de prudence, on procéda à l'ablation de l'appendice.

Pronostic. — Le pronostic de la typhlite aiguë perforante est infiniment plus sévère que celui de l'appendicite : sur 37 cas 17 se terminèrent par la mort.

Mais c'est encore là un pourcentage peu élevé si l'on considère que la perforation cæcale devrait s'accompagner toujours de péritonite mortelle.

C'est qu'en fait, la perforation survient rarement d'emblée ; il y a d'abord inflammation cæcale, puis inflammation péricæcale, qui isole le cæcum de la grande cavité péritonéale, et lorsque la perforation survient l'issue des matières se fait en cavité close.

Cet isolement du cæcum peut avoir été réalisé longtemps avant que survienne la perforation. C'est le cas chez ces sujets âgés, à cæcum chroniquement enflammé, et qui font à un certain moment une poussée aiguë aboutissant à la perforation. Dans d'autres cas, au contraire, l'isolement du cæcum ne paraît précéder que de quelques jours la perforation.

Dans notre observation personnelle, le malade qui souffrait continua son travail et ne s'alita que 4 jours après qu'il eût ressenti les premières douleurs. 4 jours après l'alitement, il y eut une exacerbation brusque de la douleur, avec accentuation des phénomènes généraux, qui devait très probablement coïncider avec la perforation qu'avait précédée l'inflammation cæcale et péricæcale.

Dans la plupart des cas, au contraire, qui se terminèrent par la mort, l'autopsie montra la grande cavité péritonéale souillée par les matières.

Lorsque la perforation se produit dans la typhlite,

c'est ou bien après une série continue de symptômes indiquant une inflammation chronique de la muqueuse, ou à la suite de poussées subaiguës multiples répétées à intervalles plus ou moins rapprochés (1).

Etiologie. — Les auteurs qui se sont occupés de la typhlite lui assignent divers facteurs étiologiques, et distinguent des causes prédisposantes et des causes déterminantes.

Parmi les causes prédisposantes, Kaeppelin étudie l'âge, le sexe, le genre de vie.

La typhlite est plus fréquente chez l'homme que chez la femme; une vie sédentaire, une nourriture abondante, rendaient les individus plus sujets à cette affection.

Quant à l'âge, Kaeppelin prétend ne pas avoir trouvé de statistique à ce sujet. Dans sa thèse, Maurin donne le tableau suivant :

	Appendice	Cæcum
au-dessous de 10 ans	4 fois	2 fois
De 10 à 15 ans	18 —	6 —
15 à 20	21 —	3 —
20 à 25	16 —	6 —
25 à 30	8 —	7 —
30 à 35	5 —	3 —
35 à 40	6 —	1 —
40 à 45	3 —	3 —
45 à 60	5 —	1 —
60 à 80	3 —	1 —
	89	33

(1) Talamon. — *Bulletin de la Société anatomique de Paris*, 1882.

Au rang des causes déterminantes Kaeppelin place la coprostase, le traumatisme, les corps étrangers, l'inflammation des follicules clos. Nous n'hésitons pas à accorder la place prépondérante à un facteur plus particulier, l'atonie cæcale, pour la seule et simple raison que ce facteur contient en lui tous les autres et les explique.

L'atonie cæcale favorise la coprostase, le séjour du moindre corps étranger dont l'évacuation serait assurée dans les conditions normales ; elle peut déterminer la localisation d'une affection générale intercurrente en créant un « locus minoris resistentiæ », elle peut expliquer le mode d'action d'un traumatisme.

CHAPITRE III

L'ATONIE CÆCALE

Avant d'aborder cette nouvelle étude, il nous a paru utile d'intercaler ici, comme préface, une observation intéressante, que nous pourrions intituler « la traversée du tube digestif normal par un corps étranger dangereux ».

Il s'agit en l'espèce d'une épingle à cheveux.

Observation

(M. le professeur P. Gilis, de Montpellier, et M. le docteur Calas. — Société des sciences médicales, 6 mars 1914.)

La traversée du tube digestif par une épingle à cheveux en 67 jours.

Une enfant de 5 ans avale une épingle à cheveux le 2 décembre 1913. Régime de purées et de panades.

Expectative. Le 27 décembre, l'enfant éprouve des coliques assez violentes : la radiographie montre l'épingle dans la duodénum. Calme complet jusqu'au 1er février. Du 1er au 5, coliques migratrices chaque jour quelques heures : le 1er février dans le flanc droit, le 3 dans la région de l'ombilic, le 4 dans la fosse iliaque droite, le 5 dans la fosse iliaque gauche. Le 6 février, l'enfant rend une épingle à cheveux de 70 millim. de long à branches rigides et fortes, présentant à l'extrémité libre un écartement de 12 millim.

Voici donc une observation doublement intéressante par la durée du séjour du corps étranger, par l'absence de tout accident. Il est permis de se demander s'il en eût été de même avec un cæcum atone, à muqueuse chroniquement enflammée par stase stercorale.

L'atonie cæcale

Si l'on considère le tube digestif dans toute sa longueur, on voit qu'il y a deux portions, que leur forme et leur situation doivent individualiser et rendre solidaires dans la localisation des mêmes processus pathologiques.

L'ESTOMAC, LE CÆCUM

Par sa forme, par sa situation, le cæcum est prédisposé à l'atonie et, par là même, à la dilatation. Situé dans la fosse iliaque droite, au point déclive, appendu comme une poche à l'extrémité de l'intestin grêle, il réa-

lise, comme l'estomac — cette autre poche appendue à l'extrémité de l'œsophage — les conditions physiques propres à favoriser une dilatation, et, si nous n'avions peur de faire un jeu de mots détestable, nous proposerions d'appeler le cæcum « le petit estomac du côlon ».

On pourrait nous objecter que ce sont là des vues purement théoriques, mais les faits cliniques, physiologiques et pathologiques viennent nous apporter leur aide précieuse.

Il y a une atonie cæcale comme il y a une atonie stomacale. Le cæcum peut évacuer plus ou moins tardivement son contenu, comme l'estomac, et la radiographie, dans les mêmes conditions, peut donner des renseignements aussi précis.

Les associations chez un même individu d'atonie cæcale et d'atonie stomacale sont fréquentes et, lorsque manifestement cette atonie est sous la dépendance de l'état général du sujet, pourquoi chercher une relation de cause à effet, et ne pas admettre qu'il y a seulement localisation d'un même processus d'atrophie musculaire sur deux organes rendus solidaires par leur similitude générale de forme et de situation.

Si nous voulions pousser plus avant ce rapprochement, il nous serait facile de trouver d'autres arguments, tirés du domaine pathologique.

N'y a-t-il pas une linite plastique du cæcum comme il y a une linite de l'estomac? Dans le domaine physiologique, Macewen ne s'est-il pas efforcé de démontrer que, contrairement à l'opinion classique, le cæcum a des fonctions bien définies dans la digestion intestinale?

Assurément ce rôle est plus important dans certaines espèces animales que chez l'homme, mais il n'est pas négligeable chez ce dernier et Macewen distingue deux

sortes de fonctions : tout d'abord le cæcum est le siège d'une sécrétion profuse de suc intestinal originaire des nombreuses cryptes de Lieberkühn que contient la muqueuse. Sur un malade qui avait perdu la paroi antérieure du cæcum par suite d'une explosion, on voyait que, peu de temps après le repas, la cavité cæcale s'imprégnait d'une abondante sécrétion alcaline issue des cryptes de la muqueuse et à travers l'orifice de l'appendice. Cette sécrétion augmentait juste au moment où le contenu intestinal était déversé à travers la valvule iléo-cæcale. Pour Macewen, cette dernière possède un rôle de contention analogue au pylore. Elle ne verse le contenu intestinal dans le cæcum que par petites quantités et lorsque le contenu cæcal a été saturé par le suc intestinal. Pendant ce temps le cæcum est le siège de mouvements qui brassent son contenu et le ramènent au fond de l'organe vers l'orifice appendiculaire.

On comprend dès lors l'importance des troubles de la motilité cæcale, puisqu'ils déterminent la stagnation des matières et ouvrent la porte à l'inflammation ; et. de même que « la dilatation d'estomac entraîne la dyspepsie beaucoup plus souvent que la dyspepsie n'entraîne la dilatation » (Giraudeau *in Archives de médecine*, 1884), de même la dilatation du cæcum doit entraîner la typhlite ou y prédisposer tout au moins.

Si dans l'appendice le danger est représenté par cette masse de follicules lymphatiques qui forment une nappe discontinue au-dessous de la muqueuse, ici le danger est à la tunique musculeuse.

On comprend ainsi que les corps étrangers, d'ingestion si fréquente chez les enfants, ne déterminent que rarement des accidents, les phénomènes physiologiques et en particulier ceux dépendant de la contractilité muscu-

laire ayant une intensité maxima chez des organismes jeunes. On s'explique aussi que la typhlite survienne de préférence chez des individus ayant subi à certain moment de longues et graves maladies qui ont pu amener la déchéance du système musculaire.

Classification. — Mais cette atonie cæcale par insuffisance de la contractilité musculaire n'est pas la seule. Nous avons cru devoir y insister, parce que c'est la plus fréquente ; ce n'est pas la moins dangereuse puisqu'elle peut être même à un léger degré la cause de séjour d'un corps étranger. Dans notre observation, le malade n'accusait, comme troubles digestifs antérieurs, qu'une sensation de pesanteur à l'épigastre après les repas, une légère constipation, et l'ingestion d'un noyau de fruit détermina chez lui une typhlite aiguë perforante.

Les études radiologiques de ces dernières années ont individualisé et fixé dans son cadre l'atonie cæcale. Nous avons cru pouvoir en distinguer plusieurs modalités et nous nous sommes arrêté à la classification suivante :

Atonie cæcale :

1° Par insuffisance de la contractilité musculaire.

2° Par adhérences inflammatoires.

3° Par malformation congénitale ou situation anormale.

Mauclaire distingue :

La cæcoptose.

Le cæcum trop mobile.

La dilatation cæcale isolée.

La dilatation avec atonie et ptose pelvienne.

Il n'entre pas dans le cadre de ce travail de donner ici la symptomatologie radiologique de ces diverses

modalités, dont l'étude se trouve au complet dans les diverses publications d'Aubourg, Destern, Baudon. Nous donnerons seulement quelques définitions à propos de chacune d'elles.

Atonie cæcale par insuffisance de la contractilité musculaire. — C'est l'atonie dépendant de l'état général du sujet, voisinant avec la dyspepsie atonique, s'accompagnant à un degré plus avancé d'entéroptose généralisée.

Atonie cæcale par adhérences inflammatoires. — Ces adhérences peuvent être consécutives à une lésion appendiculaire (cæcum de l'appendicite chronique), à une péritonite généralisée d'origine non appendiculaire (cas de Braillon, double stase gastrique et cæcale par adhérences), à une inflammation du cæcum lui-même.

Atonie cæcale par malformation congénitale, situation anormale, où le cæcum présente des dimensions exagérées qui favorisent la stase stercorale (mégacæcum, cas un peu particulier de la maladie de Hirchsprung) ou une mobilité telle qu'il a quitté la fosse iliaque et se trouve comprimé par un autre organe (cas de Quenu, cæcum mobile comprimé par le foie).

Voici donc nettement individualisée l'atonie cæcale. Il devient dès lors facile d'expliquer la pathogénie des accidents qui aboutissent à la perforation. L'atonie favorise la stase stercorale et par là même l'irritation permanente de la muqueuse cæcale. Dès lors le « locus minoris resistentiae » est constitué : le cæcum atone est un lieu d'arrêt tout indiqué pour le moindre corps étranger dont l'évacuation serait assurée par un cæcum normal et dont le séjour, en irritant la muqueuse, va permettre aux agents infectieux qui pullulent dans la cavité cæcale d'enflammer un de ces follicules de la paroi qui peut

jouer, suivant l'expression de Kaeppelin, le rôle d'un petit appendice iléo-cæcal.

Traitement. — Le traitement de l'atonie cæcale peut être médical ou chirurgical. Le traitement médical ne peut être appliqué qu'à cette atonie légère dépendant de l'état général du sujet et on emploiera toutes les médications susceptibles d'exciter la contractilité musculaire : électrothérapie, massage, strychnine, extrait hypophysaire, etc.

Les autres modalités d'atonie cæcale ne sont susceptibles que d'un traitement chirurgical. Libérer le cæcum de ses adhérences, réduire sa capacité, le fixer, supprimer le réceptable qu'il constitue en déviant le cours des matières par des anastomoses, tels sont les divers buts que se proposent les interventions chirurgicales décrites sous le nom de cæcoplicature, cæcopexie, résection iléo-cæcale, typhlo-sigmoïdostomie en Y, iléo-transversotomie.

Elles constituent d'ailleurs, au moins quelques-unes, un chapitre nouveau de technique chirurgicale, dont les grandes lignes ont été tracées par Pauchet (d'Amiens) dans sa description des constipés chirurgicaux, mais dont il reste à fixer les indications de façon précise.

La cæcoplicature et la cæcopexie sont des opérations bénignes susceptibles d'applications plus fréquentes. La typhlo-sigmoïdostomie en Y avec résection du cæcum est une opération plus grave à pronostic incomparablement plus sévère. Il s'agit là d'ailleurs d'études en cours sur lesquelles il serait bien imprudent de vouloir porter un jugement définitif dès aujourd'hui.

OBSERVATIONS

DE TYPHLITE PERFORANTE DANS LA LITTÉRATURE MÉDICALE

Observations étrangères

(Recueillies *in* thèse Kaeppelin. Lyon, 1910)

Observation I

(Southam. — *Brit. med. Journal*, p. 1131, 30 avril 1898)

Jeune homme de 19 ans. Abcès périty phlitique dû à une perforation du cæcum. Fistule stercorale. Iléo-colostomie. Guérison, appendice sain.

Observation II

(Southam. — *Eodem loco*)

Homme âgé de 67 ans. Constipation opiniâtre depuis 7 semaines avec vomissements et coliques abdominales. Douleur brusque dans la fosse iliaque droite. Température 41°. Mort dans le collapsus au bout de deux heures.

Autopsie : Pus et matières fécales dans la cavité péritonéale. Vieilles adhérences limitant un abcès derrière le cæcum. Perforation sur la paroi postérieure du cæcum au centre d'une ulcération. Appendice, intestin grêle et gros intestin sains.

Observation III

(Berg. — Académie de médecine de New-York, 2 mars 1909)

Homme. Perforation d'un diverticule du cæcum. Appendice normal et libre. Résection iléo-cæcale.

Observation IV

(Mac Murthy. — *Journal of the Amer. med. Associat.*, 1er novembre 1888)

Homme souffrant de coliques depuis quelques mois. Au cours de la dernière crise, douleur intense dans la fosse iliaque. Au 16me jour, hémorragie intestinale avec vomissements. On croit à une perforation de l'appendice. Opération : péritonite localisée, appendice normal. Deux perforations cæcales sur la paroi antéro-externe. Suture. Guérison.

Observation V

(Sick. — Primære akute Typhlitis. *Deutsche Zeitsch. f. Chirurgie*, Bd 70)

Homme de 58 ans, malade depuis 5 jours. Fièvre élevée, douleur à la pression dans la région iléo-cæcale, avec empâtement.

Cæcum enflammé. Tache renflée en ampoule sous laquelle on voyait les scybales. Appendice intact. Enfouissement par invagination. Il s'agissait d'une forme ulcéreuse par coprostase.

Observation VI

(Thomas. — Relation between typhlitis and appendicitis. *Therapeutic Rewiew Philad.*, oct. 1904)

Femme de 62 ans, alitée depuis 3 semaines, souffrait depuis longtemps de constipation rebelle ; présentait de la diarrhée alternant avec de la constipation et des vomissements ; douleur dans la région iléo-cæcale. A l'entrée dans la clinique, symptômes de périty phlite grave.

Opération : Cæcum enflammé présentant à quelque distance de l'appendice une perforation. L'appendice enlevé était normal.

Observation VII

(Polya. — Zur Pathogenese der Primæren Typhlitis.
Deutsche med. Wochenschr., 1905)

Femme de 34 ans, ayant présenté, il y a 8 semaines, une douleur dans la région cæcale avec des vomissements, de la fièvre ; présente une nouvelle crise analogue avec induration de la région cæcale et douleur.

Opération : Laparotomie. La pointe du cæcum fortement adhérente au péritoine pariétal et à l'épiploon. Après libération des adhérences, on trouve une cavité abcédée, représentant la coupe du cæcum. Parois cæcales épaissies à cet endroit. Perforation dans le milieu, de la grosseur d'un grain de millet, qui laisse passer la sonde dans l'intérieur du cæcum. Appendice normal.

Observation VIII

(Polya. — Zur Pathogenese der Primæren Typhlitis.
Deutsche med. Wochenschr., 1905)

Femme de 58 ans. Subitement, douleur aiguë dans la partie droite de l'abdomen. Après 8 jours, elle quitte le lit et les douleurs reviennent de façon intermittente pendant trois semaines. Il se produit alors une amélioration.

Nouvelle crise dès qu'elle se lève. Diagnostic : appendicite chronique récidivante.

Opération : Laparotomie. Extrémité du cæcum adhérente à la dernière anse grêle. Perforation dans la paroi cæcale de la grosseur d'une tête d'épingle. Appendice normal (contrôle histologique).

Observation IX

(Blumer. — *The Lancet*, t. II, p. 162, 20 juillet 1907)

Homme de 48 ans. Sans crises antérieures, fait une chute pendant son travail, le 18 avril. Douleur dans la fosse iliaque droite. Rigidité de la paroi.

Opération le 11 avril. — Déchirure de la tunique séreuse de la paroi antérieure du cæcum. Déchirures des tuniques intérieures. Appendice normal.

Observation X

Femme, 49 ans, fait une chute de voiture. Constipation, vomissements, empâtement diffus de la région, colique droite. Mort le 20 octobre, un mois après l'accident.

Autopsie. — Péritonite chronique généralisée. Autour du cæcum et du côlon ascendant, on trouve une collection de matières fécales et de pus. Au fond du cæcum, ulcère grand comme une pièce de 3 pence. Rien à l'appendice.

Observations françaises

Observation I

(Ménière. — *Arch. médicales*, 1828, t. XVII, *in* thèse Maurin.)

Phlegmon iliaque droit ouvert dans l'intestin. 4 jours après à l'extérieur (paroi abdominale). Mort 9 jours après l'ouverture à l'extérieur.

Autopsie : Suppuration du tissu cellulaire de la fosse iliaque. Double perforation du cæcun.

Observation II

(Maisonneuve. — Th. Paris, 1835, p. 21, *in* thèse Maurin.)

Jeune homme (âge ?). A la suite d'une orgie, douleurs vives dans la fosse iliaque droite. Ballonnement, constipation. Mort. (Durée ?).

Autopsie : Péritonite, escarre gangréneuse du cæcum vers son cul-de-sac.

Observation III

(*Eodem loco.*)

Homme, 29 ans. Depuis quelque temps, douleur dans l'abdomen. Un jour frissons. Vomissements. Région iliaque saillante, douloureuse. Mort le troisième jour.

Autopsie : Abcès rétrocæcal. Cæcum perforé.

Observation IV

(Tardieu. — *Bulletin Société anat.*, 1840, t. XV, p. 351, *in* thèse Maurin.)

Femme, 63 ans. A la suite d'une purgation, douleur dans le flanc droit. Tumeur. Mort. (Durée ?). Péritonite localisée. Cæcum gangrené et perforé en avant et en arrière.

Observation V

(Dupuysaye. — *Société anat.*, 1845, t. XVI, p. 77, *in* thèse Maurin.)

Femme, 16 ans. Diarrhée depuis 1 an. Tumeur à droite de l'abdomen. Ouverture dans l'intestin. Mort le troisième mois.

Autopsie : Abcès de la paroi abdominale. Cæcum perforé.

Observation VI

(Volz. — *Gaz. médicale.* Paris, 1843.)

Artilleur (âge ?). Douleur dans le bas-ventre. Tuméfaction à droite. Mort le quatorzième jour.

Autopsie : Abcès rétrocæcal. Muscles de la fosse iliaque détruits. Cæcum perforé. Concrétion calcaire dans le foyer.

Observation VII

(Paulier. — Thèse Paris, 1875, *in* thèse Maurin.)

Femme, 43 ans. Symptômes d'engouement stercoral, puis un jour en allant à la selle, coliques vives, frisson, vomissements. Mort le 26me jour. Autopsie : péritonite généralisée consécutive à un abcès rétro-cæcal, perforation du cæcum.

Observation VIII

(Landouzy. — Ch. Paulier, *in* thèse Maurin.)

Garçon de 13 ans. Typhlite. Guérison, puis récidive six semaines après, à la suite d'un repas copieux. Périto-

nite. Mort le 4me jour, cæcum perforé à sa partie antéro-inférieure.

Observation IX

(Schonsal. — Thèse Paris, 1875, p. 40, *in* thèse Maurin.)

Homme 56 ans. A la suite d'un repas copieux, typhlite puis périthyphlite. Mort.

Autopsie : Cæcum adhérent perforé.

Observation X

(Blatin. — Thèse Paris, 1868, *in* thèse Maurin.)

Femme, 45 ans. Tuméfaction ancienne du ventre côté droit. Il y a un mois développement rapide. Douleur. Fluctuation. Mort le 37me jour.

Autopsie : Péritonite enkystée ; perforation du cæcum.

Observation XI

(Cauchois. — *Bulletin Société anatomique*, 1873, t. XVII, p. 297, *in* thèse Maurin.)

Homme, 19 ans. Coliques. Empâtement diffus à droite. Matité, météorisme. Mort le 6me jour.

Autopsie : Péritonite généralisée. Perforation du cæcum sur sa face externe. Dans le pus une concrétion fécale ayant pour noyau des poils agglutinés.

Observation XII

(Guyot. — Thèse Paris, 1884-85, *in* thèse Maurin.)

Femme, 15 ans. Accidents de typhlite puis de périty-phlite. Incision le 3me mois. Suppuration abondante. Affaiblissement progressif. Mort le 9me mois.

Autopsie : Abcès périty phlitique. Perforation du cæcum.

Observation XIII

(Pravaz. — Thèse Lyon, 1883, *in* thèse Maurin)

Homme. Accidents de typhlite, puis de périty phlite. Incision le 10me jour par M. Poncet, de Lyon. Issue d'un pus fétide. Cæcum perforé. Guérison 2 mois après.

Note. — Dans toutes les observations rapportées toujours l'appendice parut normal et libre de toute adhérence.

Observation XIV

(*Eodem loco*)

Garçon, 15 ans. A la suite d'un repas copieux, douleur fosse iliaque droite. Issue d'un pus fétide.

Cæcum perforé. Guérison 2 mois après.

Observation XV

(Duguet. — *Gazette médicale de Paris*, 1870)

Femme de 34 ans. Typhlite phlegmoneuse.

Observation XVI

(Talamon. — *Bulletin de la Société anatomique*, année 1882)

Cette observation ne relate qu'un cas d'appendicite perforante. Nous avons cru devoir la signaler à cause du titre que lui donne l'auteur : Typhlite aiguë perforante.

Observation XVII

(Dr Lop, de Marseille. — *Revue de médecine*, année 1897, p. 648)

Typhlite suppurée sans lésion de l'appendice.

Homme de 43 ans. Patron boucher. Nerveux. Constipation habituelle. Pris subitement de douleurs abdominales intenses avec vomissements bilieux. Localisation dans la fosse iliaque droite. Diagnostic porté : appendicite. Opération pratiquée par M. le professeur Queirel. Cæcum adhérent. Abcès rétro-cæcal. Plaque de sphacèle sur la face postérieure au niveau du bord externe, plus large qu'une pièce de 5 francs, portant au centre une large perforation. Intégrité de l'appendice dont perméabilité et coloration sont normales. On fait un anus contre nature. Pneumonie quelques jours après l'intervention. Deuxième opération pour la cure de l'anus iliaque. Mort.

Observation XVIII

(Roux. — *Revue médicale de la Suisse Romande*, 1890.)

Observation XIX

(Docteur Gillé, de Provins. — *Bulletin et mémoires de la Société de chirurgie de Paris*, p. 1132, ann. 1898.)

Péritonite par perforation siégeant à la face antérieure du cæcum. Laparotomie. Anus iliaque. Intégrité de l'appendice.

Observation XX

(Kaeppelin. — Thèse Lyon, 1910.)

Jeune homme de 16 ans, pris d'une douleur vive dans la fosse iliaque droite. Trois semaines après, saillie globuleuse dans la fosse iliaque droite. A ce niveau, masse du volume de deux poings, douloureuse, rénitente.

Diagnostic porté : Abcès appendiculaire.

Opération : Ulcération et perforation de la face externe du cæcum. Appendice sain en position pelvienne.

Observation XXI

(Lejars. — *Semaine médicale*, 9 mai 1906, p. 217.)

Jeune femme. Début brusque par douleurs iliaques droites. Fièvre, vomissements. Tuméfaction. Développement d'un vaste foyer suppuré.

Opération : Appendice libre, mobile, d'aspect normal. Perforation sur la face externe du cæcum.

Observation XXII

(Professeur Tédenat, de Montpellier. — *Revue de chirurgie*, octobre 1902, *in* thèse Kaeppelin.)

T. C..., 40 ans. Habituellement constipé.

Il y a 20 jours, brusque douleur dans tout le côté droit du ventre, sans vomissements, sans constipation complète. Rentre avec le diagnostic de collection suppurée rétrocæcale. Température 40°2.

Pouls petit à 104. Douleur très vive. Rougeur de la peau de la fosse iliaque droite.

Opération. — A l'ouverture du péritoine, il s'écoule un demi-litre de pus fétide, épais, mêlé de gaz et de matières fécales. Cæcum très dilaté, rouge violet. Deux perforations arrondies de 12 à 15 millim. de diamètre à la face postérieure du cæcum. A 4 cm. au-dessus, trois autres perforations larges de 7 à 8 millim. Appendice normal.

Le malade va bien, mais une fistule persiste ; un mois après, fermeture de la fistule. Enfouissement des points perforés. Gros drains. La fistule reste fermée. Guérison parfaite.

Observation XXIII

(Professeur Tédenat, de Montpellier. — *Revue de chirurgie,* octobre 1902, *in* thèse Kaeppelin.)

M..., 52 ans, santé robuste. A eu à deux reprises, le 10 août et le 8 septembre 1891, des phénomènes graves d'obstruction intestinale. Après lavements, les selles étaient revenues au bout d'une huitaine.

La seconde fois une douleur a persisté dans la fosse iliaque droite où on constate une tuméfaction profonde. Le 12 octobre 1891, le malade entre à l'hôpital très amaigri, faible, en fièvre hectique. La fosse iliaque droite est le siège d'un empâtement profond s'étendant jusqu'à la ligne médiane et, en bas, jusqu'à la partie moyenne de la cuisse.

Fluctuation sur la tuméfaction de la cuisse. Ventre peu douloureux à la pression, sauf dans la fosse iliaque.

Opération. — Incision oblique interne de 8 centimètres un peu en dehors de la saillie sonore du cæcum. Le doigt contourne le cæcum, détruit quelques adhérences et donne issue à un litre de pus stercoral, bien lié, fétide. A la partie externe de la face postérieure du cæcum existe une perforation de 2 centimètres de diamètre. Seconde incision parallèle aux vaisseaux fémoraux et en dehors d'eux. Le cæcum adhère à la paroi abdominale antérieure. Drainage. Pendant 10 jours grande amélioration, puis augmentation des douleurs et de la fièvre. Incision parallèle à la première pour rechercher une collection purulente, réséquer la portion iléo-colique.

L'appendice est trouvé libre et sain en bas et en dedans du cæcum ; il est réséqué. De graves accidents d'anesthésie empêchent de continuer l'opération. Sutures, drainage.

Statu quo durant 8 jours. La température oscille autour de 39°5. Le malade succombe à la fièvre hectique. L'autopsie n'a pu être pratiquée.

Observation XXIV

(Professeur Tédenat, de Montpellier. — *Revue de chirurgie*, 1902, *in* thèse Kaeppelin)

Auguste R..., 68 ans. Constitution robuste, alcoolique, gros mangeur, entre à l'hôpital le 20 janvier 1897 pour de vives douleurs dans la fosse iliaque droite avec coliques et nausées. Le malade a eu 2 crises analogues il y a 10 mois et le 1er janvier 1897 qui avaient cédé à un purgatif.

Etat. — Facies grippé, voix éteinte, langue sèche. Pouls petit, rapide, vomissements bilieux, pas trop pénibles, ventre ballonné, douloureux au niveau du côlon, sensibilité plus vive, douleurs plus intenses, léger empâtement de la paroi.

Opération. — Incision de 5 centimètres : il s'échappe un flot fécal noir, fétide, mêlé de gaz. Les douleurs, les vomissements disparaissent. En 7 à 8 jours les débris sphacéliques s'éliminent, une fistule stercorale s'établit.

Seconde opération pour fermer la fistule. Au-dessus de la perforation on trouve deux autres perforations. Résec-

tion iléo-cæcale, anastomose latérale entre l'iléon et le côlon. Suture. Guérison.

Examen de pièces. — Cæcum congestionné à parois épaisses, appendice normal.

Observation XXV

(Inédite)

(Due à l'obligeance de M. le professeur Tédenat)

Abcès de la fosse iliaque interne. — Envahissement de la gaine des vaisseaux fémoraux et se propageant le long des principales divisions de l'artère à la cuisse et à la jambe. — Incisions multiples. — Au 21e jour, grave hémorragie artérielle par l'incision faite au niveau de l'arcade crurale. — Guérison.

Jean D..., 26 ans, très robuste; il a servi comme cuirassier.

Vers les premiers jours de novembre 1909, douleurs dans la partie droite du bas-ventre, irradiant vers la face interne de la cuisse jusqu'au genou. Il n'y a pas de fièvre et les douleurs ne sont pas assez vives pour que J. D... prenne le lit. Le 27 novembre, il vient à Montpellier consulter un médecin qui conclut à une névralgie du nerf crural. Le lendemain, frisson violent, douleurs plus vives. Je vois le malade le 29 dans la matinée avec M. Vialles, externe de mon service et ami du malade: Signes de grave phlegmon de la fosse iliaque interne se prolongeant jusqu'au tiers inférieur de la face interne de la cuisse.

A 3 heures de l'après-midi, à ma clinique privée : Incision au-dessus de l'arcade crurale, le long des vaisseaux

fémoraux. Il s'écoule plus d'un litre de pus sans odeur fécaloïde. La température baisse.

Le 3 et le 5 décembre, incisions (quatre) le long de fusées purulentes qui se font à la vessie le long des artères naissant de la fémorale.

Le 8 décembre, incision à la jambe toujours sur le trajet des troncs artériels classiques près de la tibiale antérieure. Les drains fonctionnaient bien, la suppuration diminuait ; pas de douleurs au bas-ventre ; appétit suffisant, état général très amélioré et satisfaisant.

Malade et médecin étaient satisfaits, quand, le 21 décembre à 10 heures du soir, une hémorragie terrifiante se produisit par l'orifice du drain placé sous l'arcade crurale. Le drain est remplacé par de la gaze iodoformée imbibée d'eau térébenthinée et tassée.

L'hémorragie s'arrête. Le malade est très mal. Injections salines ; potion au chlorure de calcium. L'hémorragie se reproduit le lendemain assez abondante. Je suis sur le point d'inciser au-dessus de l'arcade pour lier l'iliaque externe. Après quatre jours d'angoisses, les hémorragies s'arrêtent. Un mois après, le malade était guéri. Il reste guéri.

A quoi tenait cette hémorragie fournie certainement pas un gros vaisseau ? A l'action ulcérante du drain ? Je ne le crois pas. A l'action du pus ? C'est plus probable.

OBSERVATIONS
DE TYPHLITE PERFORANTE
PAR CORPS ÉTRANGERS

Observation I

(Cossy. — *Bulletin de la Société anatomique*, 1876, p. 391)

Perforation du cæcum par une arête de poisson.

Homme de 32 ans. Depuis quelque temps, douleur abdominale sourde. Puis, brusquement, douleurs violentes. Bientôt frissons. Signes d'épanchement thoracique, mort le trente-sixième jour. Symptômes abdominaux : presque rien. Autopsie : péritonite localisée à droite, perforation du cæcum par une arête de poisson.

Fusée purulente sous le foie. Perforation du diaphragme. Pleurésie purulente.

Observation II

(Southam. — *Brit. med. Journal*, 30 avril 1898)

Perforation du cæcum par une épingle.

Homme de 24 ans, admis le 23 septembre 1897 à l'infirmerie royale de Manchester, présentait tous les symptômes d'appendicite aiguë. Quatre jours avant il avait été pris de douleurs dans la fosse iliaque droite avec des vomisse-

ments. A l'entrée on percevait au-dessus de l'arcade de Fallope une voussure très nette et légèrement mate. Rigidité des muscles de la paroi. Abdomen un peu météorisé. Température, 38°4. Pouls, 82. Pendant quelques jours, peu de changements dans l'état du malade : les fonctions digestives se faisaient bien. Vers la fin de la semaine, les symptômes locaux étaient moins marqués, température normale ; pouls, 96. Le neuvième jour, le malade vomit pour la première fois. Comme les vomissements continuaient les jours suivants et devinrent fécaloïdes au bout de quarante-huit heures, on décide une intervention. Aucun signe local n'indiquait la présence du pus. Température normale. Pouls accéléré.

Opération. — Le 4 octobre, incision exploratrice au niveau de la région appendiculaire. A l'ouverture du péritoine il s'échappe une once de pus épais, à odeur fétide ; un calcul stercoral s'échappe en même temps, de forme ovoïde, mesurant trois quarts de pouce. Fixée au centre de cette concrétion il y avait une épingle : sa tête et sa pointe faisaient saillie à chacune des extrémités. La cavité de l'abcès, quand l'exploration avec le doigt fut faite, avait des adhérences qui la séparaient de la grande cavité péritonéale. Lavage à l'eau boriquée. Drainage.

Suites opératoires. — Le malade quitte l'hôpital vers le 6 novembre. Une fistule stercorale existait au niveau de l'incision, il fut admis de nouveau à la fin de décembre. Il se produisait des décharges de matières considérables et on voyait aussi une hernie de la membrane muqueuse au niveau de la fistule. Il n'y avait ainsi aucune tendance à la fermeture spontanée. Seconde opération, 30 décembre 1897. La paroi fut élargie et on trouva que la communication se faisait avec le cæcum qui était adhérent à la paroi abdominale antérieure.

L'ouverture, large comme une pièce de 1 franc, était située sur la paroi antérieure du cæcum, à trois pouces de la naissance de l'appendice. Il n'y avait aucun épaississement de la paroi et pas d'adhérences. Fermeture de la paroi antérieure du cæcum avec point de Lembert. Fermeture de la paroi abdominale sauf au centre. Guérison trois semaines après.

Observation III

(Letulle. — *France médicale*, 1879, p. 385.)

Perforation du cæcum par une épingle.

Garçon, 16 ans. Symptômes de typhlite avec rétraction du testicule et flexion forcée de la cuisse droite. Mort le 4me jour.

Autopsie : Abcès sous-aponévrotique. Cæcum perforé en arrière par une épingle.

Observation IV

(Personnelle)

Perforation du cæcum par un noyau de fruit.

Le 4 octobre 1913, L. P., cultivateur âgé de 42 ans, est pris à son lever de douleurs abdominales particulièrement vives dans la fosse iliaque droite.

Quatre jours plus tard, le malade, dont l'état s'est aggravé, est envoyé par son médecin à l'hôpital.

A ce moment on constate chez lui une fièvre élevée (40°8), un pouls rapide (130 P), hypotendu, un ventre ballonné, une douleur exquise au point de Mac Burney.

Il n'y a pas de vomissements, on pense à une crise d'appendicite aiguë. On le soumet au traitement habituel (réfrigération abdominale, injections hypodermiques de sérum physiologique, etc.).

Quelques jours après, les phénomènes généraux s'amendent, la fièvre tombe et le malade reste à l'hôpital attendant d'être opéré à froid.

Par suite de circonstances imprévues (en particulier, d'une furonculose de la paroi abdominale), l'opération est retardée et, lorsque nous prenons possession du service, il y a trois mois que le malade a eu sa première crise.

Dans la fosse iliaque droite il y a une voussure très nette de la paroi, la palpation décèle à ce niveau une tumeur grosse comme une orange, légèrement mobilisable latéralement, douloureuse à une pression profonde et prolongée. Il n'y a pas de gargouillements. L'absence de tout antécédent pathologique, de tout trouble digestif antérieur à part une légère sensation de pesanteur épigastrique que le malade ressent immédiatement après les repas, et une légère constipation nous obligent d'écarter l'hypothèse d'une tuberculose iléo-cæcale à forme hypertrophique, et nous pensons qu'il y a là une masse inflammatoire à point de départ appendiculaire.

A ce moment le malade attire à nouveau notre attention sur ces phénomènes douloureux épigastriques. A un examen plus attentif nous faisons les constatations suivantes : la sonorité stomacale est nettement augmentée à droite, le bruit de clapotage est facilement perçu à jeun.

Il y a donc très nettement de l'atonie stomacale.

La constatation de cette dyspepsie atonique ne peut modifier le diagnostic porté. Le malade est opéré par M. le docteur Fabre, chirurgien des hôpitaux, le 16 janvier 1914.

On trouve un cæcum légèrement dilaté, épaissi, entouré de toutes parts par des adhérences fibreuses fortement organisées qui l'isolent de la grande cavité péritonéale.

Ces adhérences forment autour de l'organe une poche dans laquelle nous trouvons au point déclive, un corps dur, noirâtre, rappelant absolument par sa forme et ses dimensions une noisette. Sur la face externe du cæcum existe une perte de substance des dimensions d'une pièce de cinquante centimes environ. Cette perte de substance intéresse seulement la séreuse et une partie de la musculeuse, elle ne communique pas par conséquent avec la cavité cæcale. Il y a eu à ce niveau perforation complète et il s'est fait là dans la suite un processus de cicatrisation que nous venons de surprendre presque à sa fin. L'appendice implanté sur la face postéro-interne paraît normal. Il est libre de toute adhérence dans la plus grande partie de sa longueur et n'adhère que par son extrémité enfouie dans cette masse fibreuse qui entoure le cæcum.

On fait une appendicectomie suivant la technique habituelle. La perte de substance cæcale est enfouie sous un surjet séro-séreux.

Les suites de l'opération furent normales. Le malade se levait le quinzième jour.

Il ne s'agissait donc pas d'une appendicite, mais d'une typhlite sur l'étiologie de laquelle la présence de ce corps étranger ne laisse subsister aucun doute.

La détermination de la nature de ce corps fut difficile, et ce n'est qu'après un examen microscopique qui révéla des travées ligneuses, qu'on put reconnaître en lui un noyau de fruit. On le voit formé de deux parties : une coque périphérique de couches ligneuses imprégnée de matières fécales, et une masse centrale plus dense, facilement énucléable.

Quoi qu'il en soit, c'est un corps étranger de dimensions restreintes, sans arêtes, sans aspérités susceptibles de léser la muqueuse, puisqu'il traversa toute la longueur de l'intestin grêle sans déterminer de troubles, et l'on ne peut expliquer clairement la pathogénie des accidents qu'en faisant intervenir un nouveau facteur, l'atonie cæcale.

CONCLUSIONS

I. — Nous n'avons pas voulu faire renaître l'ancienne division anatomo-pathologique et clinique des typhlites au détriment de l'appendicite. La typhlite reste une exception mais elle n'en garde pas moins son individualité, et, reprenant la formule de Réginald Fitz, nous pourrions dire : « Le chirurgien intervenant pour une appendicite pourra trouver parfois une typhlite. »

II. — Dans l'étiologie de la typhlite il faut accorder un rôle prépondérant à l'atonie cæcale.

III. — L'intensité des phénomènes inflammatoires doit faire penser à la possibilité d'une lésion cæcale.

IV. — Un chirurgien « opérant indûment un malade atteint de typhlo-colite muco-membraneuse, d'une appendice qu'il n'a pas », n'aura pas fait une laparotomie inutile si, après avoir réséqué l'appendice, il cherche à remédier à l'atonie cæcale.

BIBLIOGRAPHIE

Achard et Debove. —Typhlite et appendicite (Manuel de médecine).

Berg (A.). — Diverticule cæcal perforé (Communication à l'Académie de New-York. Revue de chirurgie, mars 1909).

Bodard. — Des perforations du cæcum et de l'appendice iléo-cæcal (Gaz. méd. Paris, t. IV, 1844).

Braillon. — Double stase gastrique et cæcale par adhérences cystico-duodénales et hépatocoliques consécutives à une péritonite aiguë septicémique (Bulletin et mémoires de la Société médicale des hôpitaux de Paris, t. XXXII, année 1911, p. 111).

Chandelux. — Typhlite et périty phlite (Province médicale, 1889, p. 49).

Cohn (Max). — Deutsch. med. Woch., 27 mars 1913.

XL[e] Congrès de la Société allemande de chirurgie (Berlin, 18-22 août 1911).

Congrès de médecine 1912. Les colites segmentaires.

Delore. — Linite plastique du cæcum (Société des sciences médicales de Lyon).

Delore et Rey. — Appendicite chronique et cæcum mobile (Société des sciences médicales de Lyon, année 1912. Revue de chirurgie).

Desternes. — Radiographie du cæcum et de l'appendice (Paris médical, 3 janvier 1914).

Desternes et Baudon. — Valeur de la radiographie dans le diagnostic de l'appendicite (Journal de diététique et de bactériothérapie, 5e année, n° 5).

Dieulafoy (G.). — Quantité de gens simplement atteints de typhlocolite muco-membraneuse sont indûment opérés d'appendicite qu'ils n'ont pas (Communication à l'Académie de médecine, avril 1906).

— Les fausses appendicites (Pathologie interne, 10e édition, t. II, p. 532).

Doussault (F.). — De la cæco-colite ou inflammation de la membrane muqueuse du cæcum et du côlon (Thèse de Paris, 1826).

Duval (P.).— A propos de la péricolite muco-membraneuse (Arch. des maladies de l'appareil digestif, mai 1910, p. 252).

Giraudeau. — La dilatation d'estomac entraîne la dyspepsie beaucoup plus souvent que la dyspepsie n'entraîne la dilatation (Arch. de médecine, 1884).

Hinglais. — Typhlite et appendicite actynomycosique (Thèse Lyon, février 1897).

Husson et Dance. — Répertoire d'anatomie et de phys., 1827, t. IV.

Jordan. — British medical Journal, juin 1912.

Lardennois et Okynczyc. — Le traitement des colites rebelles par typhlo-sigmoïdostomie avec résection du cæcum (Société de chirurgie de Paris, année 1913, p. 120).

Le Dantec. — Thèse Paris, 1865.

Lejars. — La stase intestinale chronique (La Semaine médicale, 24 mai 1911).

Leriche. — Deux cas de colectomie étendue pour stase fécale (Bulletin de la Société de chirurgie de Lyon, année 1813, t. XVI, n° 8).

Ménière. — Arch. générales de médecine, 1828.

Mariage. — Contribution à l'intervention chirurgicale dans les inflammations péricæcales (Thèse Paris, 1891).

Maurin. — Thèse Paris, 1890.

Macewen (William). — Les fonctions du cæcum et de l'appendice (The Canadian practitioner and Rewiew, janvier 1905, vol. XXX, n° 1, p. 26,).

Reg (Fritz). — American Journal of med. sciences, 1886 ; Boston medical Journal, 1888.

Roux (J.-Ch.). — Constipation cæcale entretenue par des adhérences au niveau de l'angle colique droit, mai 1910, p. 256).

Vu et permis d'imprimer :
Montpellier, le 19 juin 1914.
Le Recteur,
Ant. BENOIST.

Vu et approuvé :
Montpellier, le 19 juin 1914
Le Doyen,
MAIRET.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!